Buchzusammenfassung Nr. 2   Start 27.11.2017   Ende   31.08.2018



Matthias Hammer, Irmgard Plöß: IIrre verständlich

Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen

3. Auflage 2015, Reprint 2017

ISBN-Print: 978-3-88414-533-3

Weitere Informationen zum Buch und den Autoren sowie Materialien zum Herunterladen finden Sie unter

www.irre-verstaendlich.de und www.matthias-hammer.de Passwort „verstehen30“

Psychatrieverlag im Internet: www.psychatrie-verlag.de

Einleitung

„Hintergrundwissen über […] Zwänge oder Psychosen führ[en] dazu, dass viele Verhaltensweisen der Klienten nachvollziehbarer und verständlicher erscheinen. […] [Es fehlt aktuell an] Verständnis für die Verhaltensweisen eines Klienten und an Kenntnis spezifischer Bewältigungsmöglichkeiten für die jeweilige Störung […]. S. 9, 10.

„das Wissen über die Entstehung psychischer Erkrankungen ebenso wie Informationen darüber, wie diese Erkrankungen bewältigt werden können und welche Faktoren den Verlauf günstig beeinflussen [ist in diesem Zusammenhang wichtig und elementar].“ S. 10

Ziel ist es „die innere Logik von verschiedenen psychischen Erkrankungen mitfühlender verstehen zu lernen und mit einem wertschätzendem Blick den Umgang im Alltag zu gestalten.“ S. 10„Denn psychische Erkrankungen sind nicht etwas völlig Fremdes, zu dem psychisch gesunde Menschen keinerlei Zugang hätten. Viele Symptome psychischer Erkrankungen sind nur extreme Ausprägungen von Erlebens- und Verhaltensweisen, die jeder Mensch aus seinem Leben kennt. Manches erleben wir nur in extremen Situationen, beispielsweise wenn wir mit Schicksalsschlägen konfrontiert sind. Anderes kennen wir auch aus unserem Alltag. […]

Psychisch kranke Menschen zu verstehen ist daher auch durch den Bezug zum eigenen Erleben möglich. […] Es ist aber unserer Einschätzung nach eine wichtige Aufgabe von Fachkräften, Kenntnisse über störungsspezifische Selbsthilfestrategien zu haben, sie bei den Betroffenen anzuregen und Klienten bei der Einübung und Anwendung von Selbsthilfestrategien zu unterstützen. S. 11, 12

„Während unserer langjährigen Tätigkeit in der Sozialpsychatrie und der psychiatrischen Rehabilitation wurde uns immer wieder deutlich, welch enorm hohen Stellenwert die alltägliche Begleitung durch kontinuierliche Bezugspersonen für psychisch kranke Menschen hat. Zu Psychotherapeuten und Ärzten besteht meist nur ein sehr punktueller, oft auch nur kurzzeitiger Kontakt. Langfristige, tragfähige Beziehungen und Unterstützungsmöglichkeiten

entstehen durch die alltägliche Begleitung durch Fachkräfte der ambulanten Dienste, durch Gruppenleiter in Werkstätten, durch Integrationscoaches, Pflegekräfte oder Ansprechpartnerinnen beim Sozialpsychiatrischen Dienst, durch Wohngruppenbetreuungen oder Mitarbeiter ambulanter Dienste.“ S.12

Warum werden Menschen psychisch krank?

„In den Schlagzeilen ist dann zu lesen, dass es sich um eine Viruserkrankung handelt, dass es sich um eine Viruserkrankung handelt, dass das Alter der Eltern bei der Geburt, Fehler in der Kommunikation zwischen Mutter und Kind oder die falsche Ernährung schuld seien an der Entstehung psychischer Erkrankungen. […]

Die Erklärungsmodelle ändern sich im Laufe der Geschichte, aber im Wesentlichen gab es immer zwei Lager.

Die einen führen eine psychische Erkrankung ausschließlich auf biologischer oder genetische Einflüsse zurück. Wenn jemand psychisch krank war, nahm man an, dass er die Krankheit geerbt hätte oder andere körperliche Prozesse, wie beispielsweise eine Infektion oder eine Hirnschädigung oder Stoffwechselstörung, dafür verantwortlich wären. […]

Das andere Lager sah die Ursache psychischer Erkrankungen dagegen ausschließlich im psychosozialen Bereich. Man nahm an, dass Fehler im Erziehungsstil und in der Interaktion der Eltern und vor allem der Mutter mit dem Kind ursächlich sein könnten.

Aber auch Schicksalsschläge, wie die Scheidung der Eltern, Misshandlungen, Traumata und Belastungen wie Armut und Migration, wurden als Auslöser psychischer Erkrankungen angesehen. […]

Man stellte fest, dass es sich nicht um Alternativen handelt, sondern dass beide Faktoren – biologische und psychosoziale – eine Rolle spielen und zusammenwirken müssen, wenn psychische Erkrankungen entstehen.“ S.14, 15

4

Das Verletzlichkeits-Stress-Modell

„Die meisten psychischen Erkrankungen haben mehr als eine Ursache […] die Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren [sind meist die Hauptursachen]. […] Wir wissen […], dass alle Faktoren sich gegenseitig beeinflussen können. […] Psychosoziale Einflüsse können biologische Veränderungen bewirken.

Dass unser Gehirn durch sozialen Lernprozesse und Gewohnheiten verändert werden kann, ist vielfach belegt. […] Einseitige Modelle [jedoch] können also ein komplexes Geschehen wie eine psychische Erkrankung meist nicht erklären.“ S. 15

Vulnerabilität oder Verletzlichkeit

„…ist die Neigung eines Organismus, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Anfälligkeit oder Erkrankungsbereitschaft. […] Wenn zur Verletzlichkeit noch Stressfaktoren hinzukommen, kann eine psychische Erkrankung entstehen […] [wenn] eine kritische Grenze überschritten [wird]. […]

Dies geschieht, wenn nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Verfügung stehen. Vor dem Überschreiten der Schwelle zur akuten Krise treten zunächst **Frühwarnsymptome** auf.

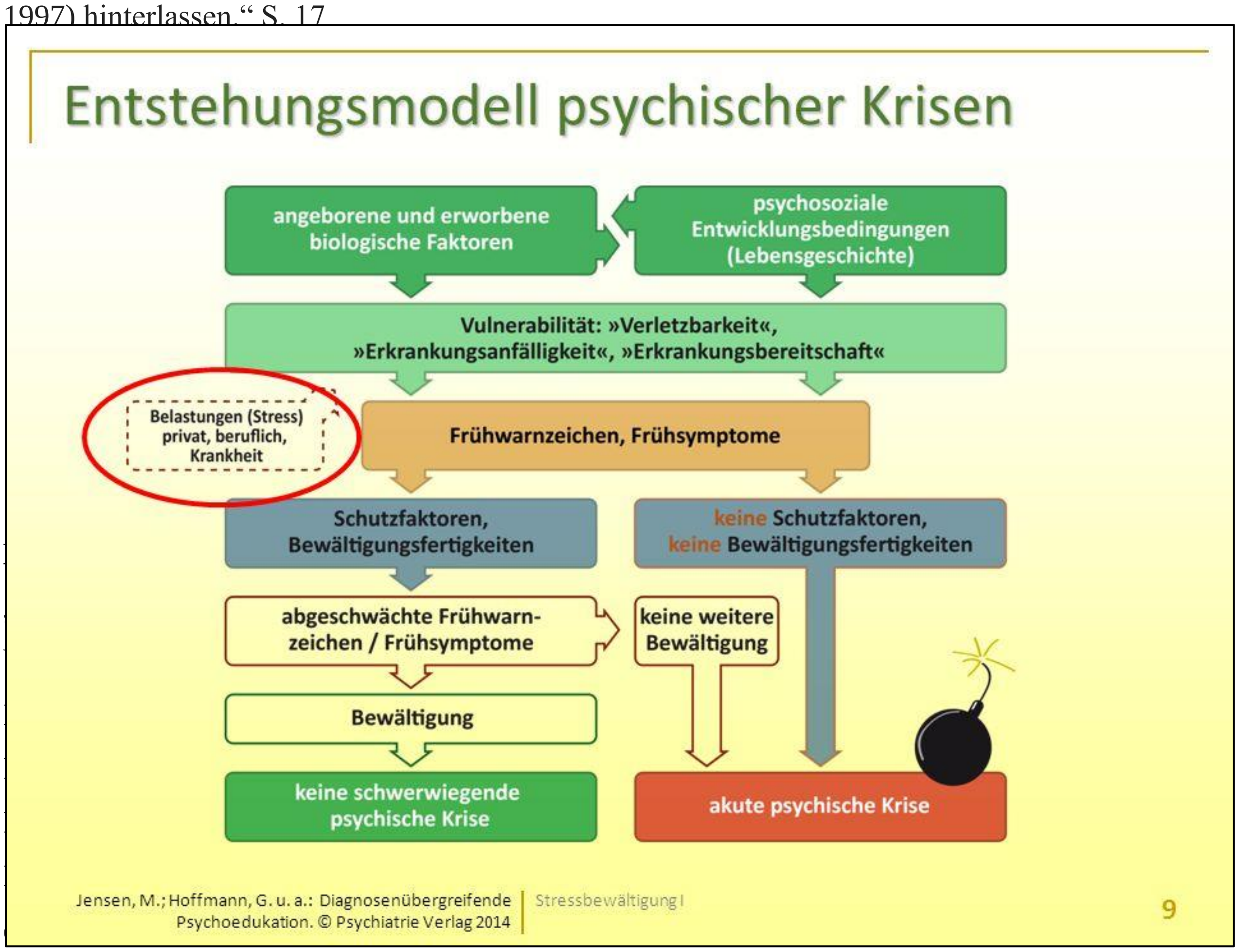
Die Überschreitung der kritischen Grenze führt im weiteren Verlauf zum Auftreten von störungsspezifischen Symptomen, es besteht die Gefahr der akuten Zuspitzung zu einer psychischen Krise bzw. einem Rückfall.

Durch geeignete Bewältigungsstrategien oder mithilfe von Schutzfaktoren kann aber eine Krise auch abgefangen werden. […]

Manche Menschen sind anfälliger für psychische Erkrankungen als andere, sie haben eine höhere Erkrankungsbereitschaft und sind vulnerabler […]. Die Ursachen dieser erhöhten Vulnerabilität können biologisch oder psychosozial sein, sie können angeboren oder im Laufe des Lebens erworben werden. […]

Schwerwiegende sich wiederholende psychosoziale Einflüsse können Spuren im Gehirn hinterlassen, Verarbeitungsprozesse im Gehirn können sich dadurch verändern und die Menschen reagieren künftig sensibler und mit einer erhöhten Erkrankungsbereitschaft auf Belastungen.

Negative Lebenserfahrungen können also biologische Narben (ALDENHOFF 1997) hinterlassen.“ S. 17



Andere Menschen zeigen dagegen keine Erkrankungsbereitschaft für eine psychische Erkrankung, sondern reagieren auf fortdauernde Überlastung eher mit körperlichen Symptomen […]. S.17, 18

Sollbruchstelle

„Menschen erleiden bei der Überschreitung ihrer kritischen Grenze also Symptome gemäß ihrer individuellen Verletzlichkeit, man könnte auch sagen, sie reagieren an ihrer >>Sollbruchstelle<<.

Vermutlich verfügt jeder Mensch über eine solche >>Sollbruchstelle<< und reagiert mit entsprechenden Symptomen, diese können körperlich oder psychischer Natur sein.“ S.18

„Die Stressbelastung ist […] einer der konkreten Auslöser einer akuten Erkrankungsperiode. Besonders belastend sind traumatische Erfahrungen, in denen sich Betroffene hilflos ausgeliefert fühlen. […]

„Eine psychische Erkrankung wird ausgelöst, wenn eine Person mit einer angeborenen Verletzlichkeit mit so starken Belastungen konfrontiert wird, dass die erlebte Stressreaktion eine kritische Grenze überschreitet.“ S. 21

Alltagsstressoren

Heute weiß man, dass auch die vielen alltäglichen Belastungen eine Rolle spielen, die wir oft zu wenig beachten, weil sie für sich allein genommen eher nebensächlich sind uns erst in Summe und über längere Zeit hinweg eine erhebliche Belastung darstellen die für sich allein genommen eher nebensächlich sind uns erst in Summe und über längere Zeit hinweg eine erhebliche Belastung darstellen.“ S. 18, 19

Toleranzfenster

„Jeder Mensch muss daher für sich selbst herausfinden, wo sein optimales Belastungsniveau jeweils liegt. SIEGEL (2006) bezeichnet diese Zone zwischen Über- und Unterregung als >>Toleranzfenster<<. Innerhalb dieses Toleranzfensters können Informationen gut Verarbeitet und Belastungen toleriert und bewältigt werden.

Bewegen wir uns innerhalb dieses Fensters, erleben wir einen Zustand des Gleichgewichts. Wird dieses Fenster der optimalen Erregung verlassen, bewegen wir uns aus dem Gleichgewicht. […]

Dieser Zusammenhang kann symbolisch im WEG-Modell (HAMMER 2010, 2012) dargestellt werden“ S. 19,20

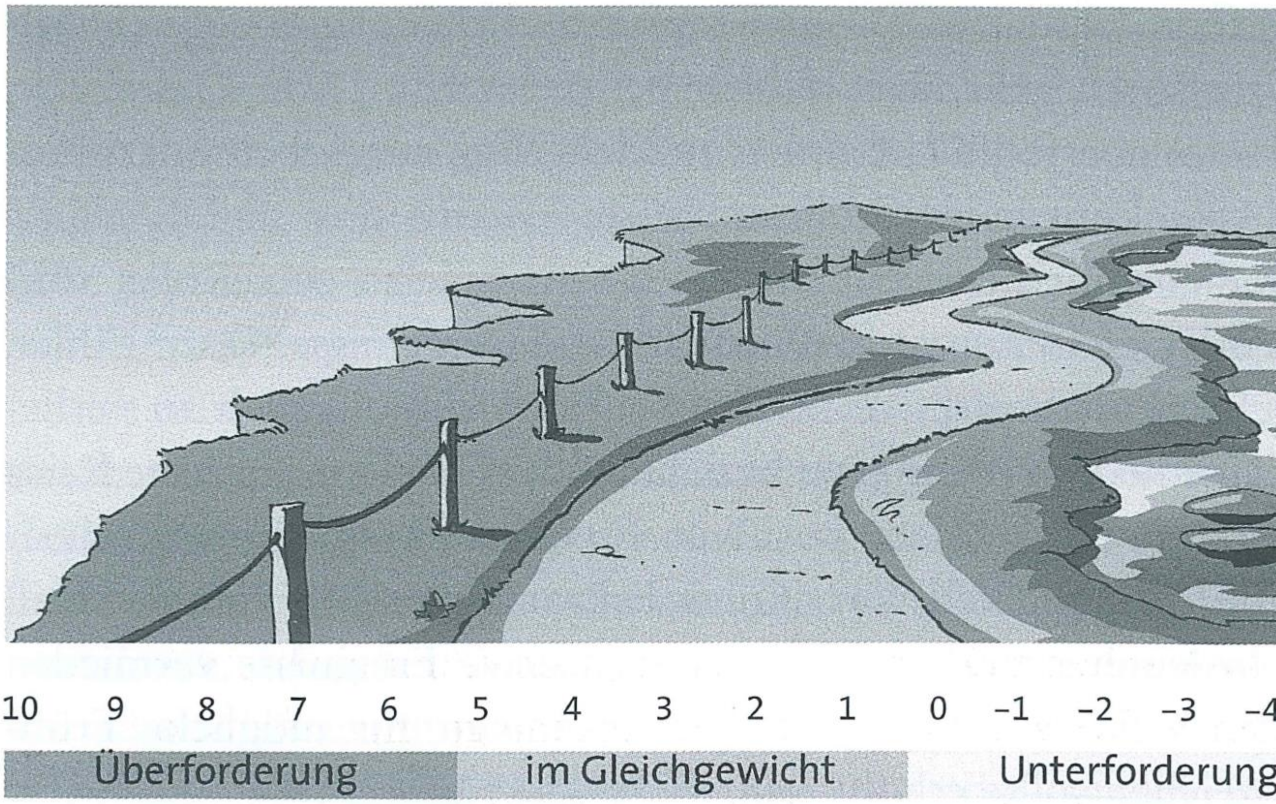


Abbildung 1: Das WEG-Modell (Hammer 2010 u. 2012)

„Die Straße oder der befestigte Weg symbolisiert dabei unser Leben in Balance. Gleichgewicht ist dabei keine starre Größe, sondern ein Prozess des ständigen Wandels von Anpassung (kontrollierter Stressreaktion), Entspannung (Stressbewältigung) und Erholung.

Unser Weg verläuft also nicht gradlinig durch die Landschaft.

Dennoch haben wir, trotz immer wieder neuer Stressbelastungen, festen Boden unter den Füßen.

Wir haben die Kontrolle über unsere Richtung, unser Tempo und unser Ziel.

Diese Kontrolle können wir jedoch verlieren.

Durch längerfristige Überforderung und Überregung kommen wir links vom Weg ab und verlassen unser Toleranzfenster.

Dann erleben wir die Stressreaktion zunehmend als unkontrollierbar.

Wir fühlen uns nach längeren Phasen der Überforderung hilflos, und die Stressreaktion wird chronisch.

Die Zeiten von Regeneration und Erholung werden kürzer und unzureichend.

Es treten deutliche Stresssymptome auf.

Diese sind die körperlichen und psychischen Signale dafür, dass eine Überforderung und ein Ungleichgewicht vorhanden sind.

Im Modell wird das symbolisch durch einen Zaun dargestellt.

Werden diese Signale von uns ignoriert, wird eine kritische Grenze überschritten.

Durch längerfristige starke Stressbelastungen kann es zu Störungen kommen.

Erste Krankheitssymptome treten auf, oder es besteht die Gefahr, dass es zu einem Rückfall in bereits bekannte oder bestehende Erkrankungen kommt (zum Beispiel Suchtverhalten, psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems).

Es besteht die Gefahr >>abzustürzen<<, man gerät durch Überforderung aus dem Gleichgewicht.

Dieser Bereich wird daher in der Abbildung als eine Klippe dargestellt.

Auf der rechten Seite des Weges befindet sich in unserem Modell ein Sumpfgebiet.

Je mehr wir nach rechts vom Weg abkommen, desto größer wird die Gefahr zu >>versumpfen<<.

Unterforderung, soziale Isolation, Vermeidung und langfristige Untätigkeit führen zu Symptomen der Energielosigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Leere, zu Ängsten, Depression und Ähnlichem.

Gerät man durch Unterforderung aus dem Gleichgewicht, gibt es in vielen Fällen keine so deutlichen Signale, die einen aufhalten könnten. Man gerät fast unmerklich immer tiefer in den Sumpf.

Unsere Gefühle und Körperempfindungen melden uns, wo wir uns gerade befinden. Wir können diese Sprache unserer Körpers und unserer Seele kennenlernen, indem wir auf diese Signale hören, indem wir sie wahrnehmen und einschätzen lernen.“ S. 20,21

Die Funktion von Frühwarnzeichen / Rückfallprophylaxe

„[…] signalisieren körperliche oder psychische Frühwarnzeichen, dass der Organismus durch zu viele Stressbelastungen aus dem Gleichgewicht geraten und überfordert ist. Frühwarnzeichen treten in der Regel Tage oder Wochen vor dem Ausbruch oder Rückfall einer Erkrankung auf.

Durch rechtzeitiges Erkennen der Frühwarnzeichen, durch wirksame Entlastung und angemessene Unterstützungsangebote kann es gelingen, die kritische Grenze nicht zu überschreiten. […] Für psychisch kranke Menschen ist es daher wichtig, ihre Frühwarnzeichen genau zu kennen, da sie individuell sehr unterschiedlich sind.“ S.21, 22

Krisenplan

„Ein Krisenplan ist eine hilfreiche Strategie, um Rückfällen vorzubeugen. […] Auch sollte jeder möglichst genau wissen, was er selbst bei einer beginnenden Krise tun kann, um sich zu entlasten, und wodurch andere ihn unterstützen können. Wenn diese Punkte – Frühwarnzeichen, Selbsthilfemöglichkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten – schriftlich festgehalten werden, spricht man von einem Krisenplan. Das ist ein Leitfaden, um beim Auftreten von Frühwarnzeichen rasch das Richtige zu tun (BÄUML 2008). […] Um sich kurzfristig bei einer drohenden Krise zu entlasten und um zu verhindern, dass die Schwelle zur akuten Erkrankung überschritten wird, ist es in der Regel sinnvoll, Stressbelastungen zu reduzieren und sich Unterstützung zu holen.“ S. 22

„Außerhalb von Krisen können Krankheitssymptome in abgeschwächter Form weiterhin bestehen, sie können aber auch vollkommen verschwinden, beispielsweise weil die betroffene Person wirksame Strategien anwendet, um ihre Stressbelastung zu reduzieren.

Wenn es zu wiederholten Krisen kommt, können die Zeiträume zwischen den Krisen unterschiedlich lang sein.[…]

Der langfristige Verlauf kann ganz unterschiedlich sein, abhängig von der Ausprägung der persönlichen Verletzbarkeit, von weiteren Stressfaktoren und zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren und Bewältigungsmöglichkeiten. […] Zur Bewältigung von Stressproblemen sind die Bewältigungserfahrungen und Selbstheilungsbemühungen der Betroffenen relevant. Störungsspezifischen Selbsthilfestrategien kommt hier eine besondere Bedeutung zu. […] Alle Akteure sind Teil eines Unterstützerteams, wenn es darum geht, Krisen abzuwenden und gesundheitliche Stabilität zu fördern […] “ S. 23

Wie verlaufen psychische Erkrankungen?

„Das Gehirn ist ein plastisches Organ, das sich zeitlebens entwickeln und zu den Veränderungen anpassen kann, allerdings über längere Zeit hinweg. So kommen Genesungsprozesse in Gang. Eine große Rolle spielt dabei die Übung: Durch häufiges, wiederholtes Verhalten verändern sich die Hirnstrukturen und passen sich an.

Nicht einmalige Einsicht, sondern wiederholte Ausführung ist dabei hilfreich. So können beispielsweise regelmäßige Arbeit oder Tagesstruktur, Entspannungsübungen und ein gesundheitsförderndes Verhalten langfristig helfen, die Vulnerabilität zu reduzieren. […] Auch langfristig wirksame Veränderungen im Alltagsverhalten und –erleben können die Verletzlichkeit reduzieren“ S. 23

Wie können Selbsthilfe und Gesundung gefördert werden ?

Empowerment und Recovery

Empowerment [bedeutet] „Wir achten darauf, unseren Klienten nicht Dinge abzunehmen, die sie auch selbst tun könnten. […] Übersetzt bedeutet Empowerment Stärkung der Eigenmacht, Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung. Recovery bedeutet Gesundung, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit.“ S.26

„Empowerment bedeutet letztlich aber auch, den Klienten das Recht auf Irrtum und Risiko zuzugestehen und ihre Entscheidungen zu respektieren.“ S.27

„Dabei ist mit Gesundung nicht gemeint, dass gar keine Symptome oder Krisen mehr auftreten, sondern dass auch mit der Erkrankung ein erfülltes, zufriedenes und hoffungsvolles Leben möglich ist. […] Fördern Sie die Entscheidungsfähigkeit Ihrer Klienten und akzeptieren Sie dann auch deren Entscheidungen. […] Eröffnen Sie Ihren Klienten echte Entscheidungspielräume […] Das bedeutet nicht, gleichgültig alles hinzunehmen, was Klienten sich wünschen. […] Die Rolle der professionellen Fachkräfte ist es, sich als Unterstützung und Klärungshilfe bei der Entscheidungsfindung anzubieten. Dazu gehört, mit der Erlaubnis der Klienten kritische Einwände und Hinweise zu geben und einzubringen. […] Selbstbestimmtes Entscheiden ist nur dann sinnvoll und motivierend, wenn es

echte Alternativen sind, zwischen denen wir wählen können. […] Achten Sie einmal darauf, wie häufig Sie die Wahlmöglichkeiten Ihrer Klienten von vorneherein beschränken, sicherlich oft aus fürsorglichen Erwägungen heraus, um ihnen die Entscheidung zu erleichtern. Tatsächlich wird aber dadurch das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt […]. Es muss die Entscheidung der Klienten bleiben, wie selbständig sie in einer bestimmten Phase ihres Lebens agieren können und wollen. Die Entscheidung, Verantwortung vorübergehend abgeben und sich entlasten zu wollen, müssen wir ebenfalls respektieren, auch wenn sie nicht dem klassischen Bild von Empowerment entspricht.“ S. 26, 27

„Um die Selbstbefähigung Ihrer Klienten zu fördern, ist es wichtig, sie darin zu bestärken, ihre eigene Meinung wahrzunehmen und zu vertreten. […] Stärken Sie kritisches Denken und Durchsetzungsvermögen bei Ihren Klienten.“ S. 29

„Die Aufgabe professioneller Fachkräfte besteht vor allem darin, Prozesse der Selbstvertretung und der Selbstbefähigung nicht zu behindern. […] Empowermentprozesse nicht zu behindern bedeutet auch, den Zugang zu Informationen für unsere Klienten offen zu halten und ihnen Möglichkeiten zu eröffnen, ihre Rechte kompetent zu vertreten, einzufordern und Entscheidungsprozesse mitzugestalten.“ S. 30

„Weder fürsorgliche Belagerung der Klienten noch desinteressiertes Ignorieren fördern die Selbstbefähigung, sondern das stetig neue Aushandeln der angemessenen Unterstützung im Dialog mit dem Klienten.“

Mehr an Ressourcen als an Defiziten Orientieren

„Unser Blick ist im Alltag oft mehr auf die Defizite als auch die Ressourcen gerichtet. […] In Fallbesprechungen ist es aber immer wieder überraschend, wie wenig wir über die Stärken und Ressourcen unser Klienten Bescheid wissen. […] Fragen Sie Ihre Klienten danach, worauf sie stolz sind, was sie gerne noch einmal erleben würden oder woran sie sich gerne erinnern. Fragen Sie sich selbst, was Sie an Ihrem Klienten bewundern oder womit er Sie schon einmal überrascht hat.“ S. 29

Hoffnung

„Studien haben immer wieder eindrücklich gezeigt, wie wichtig es für den Genesungsprozess eines psychisch kranken Menschen ist, noch Hoffnung auf eine bessere Zukunft zu haben, Hoffnung darauf, dass sich ein Zustand wieder bessern wird. Einige Studien konnten sogar zeigen, dass Hoffnung – auf Seiten der Betroffenen, aber auch auf Seiten der Angehörigen und der Fachkräfte – die Prognose stärker beeinflusste als die Dauer oder Schwere der Erkrankung (SCHAUB 1993, CIOMPI u.a. 1979, DAUWALDER u.a. 1984, KNUF 2004). […] Wer die Hoffnung aufgegeben hat und niemanden mehr hat, der ihn ermutigt, wird nur schwer aus einem seelischen Tief wieder herauskommen. […] Bleiben Sie zuversichtlich und hoffnungsvoll. […] Die Hoffnung auf Besserung zu bewahren ist professionelle Aufgabe aller Fachkräfte. […] Es ist unsere Aufgabe als Fachkräfte, durch ehrlich hoffnungsvolle und zuversichtliche Grundhaltung positive Entwicklungen anzuregen und zu unterstützen. […] Finden Sie heraus, was Ihre Klienten wirklich interessiert. […] Nur für motivierende Ziele machen wir uns wirklich auf den Weg. […]“ S. 29, 30

Lösungen in komplexen beruflichen Alltagssituationen

„Alltägliches berufliches Handeln wird bestimmt durch unsere jeweilige Rolle, den institutionellen Kontext, gesetzliche Rahmenbedingungen, Arbeitsaufteilungen im Team, Arbeitszeiten, Erwartungen der Klienten, unsere Beziehungen zu den Klienten und vieles mehr. Nicht selten treten unsichere und unklare Situationen auf, in denen von Fachkräften hohe Problemlösungsfähigkeiten und Klärungskompetenzen verlangt werden.“ S. 34

„Nicht immer empfinden wir das, was wir unserer Rolle oder unserem Auftrag entsprechend empfinden sollten. Manchmal sind wir genervt oder ungeduldig, wo wir doch vermeintlich Mitleid empfinden sollten. Es ist nicht schlimm, wenn unsere Emotionen nicht immer so sind, wie wir sie uns im Idealfall vorstellen.“ S. 35

Psychosen

„Eine akute Psychose kann uns als etwas sehr Fremdes erscheinen, das Angst, Abwehr und Unverständnis auslösen kann. Die Psychose ist wie >>ein Traum ohne den Schutz des Schlafes<< (BOCK 2005). Menschen in einer akuten Psychose leben in ihrer eigenen Welt, einer Welt, die sich mit der Welt, wie sie die meisten anderen Menschen wahrnehmen, nur teilweise überschneidet. Sie gehen durch dieselben Straßen, sehen die selben Autos vorbeifahren und kaufen ähnliche Dinge ein. Aber was sie wahrnehmen, ist etwas völlig anderes: Gefahr, Bedrohung, geheime Bedeutung, Botschaften und Befehle hinter den Dingen, die anderen vollständig harmlos erscheinen. […] Wenn die Psychose akut ist, kann die private Wirklichkeit im Erleben der Betroffenen im Vordergrund stehen. […] Manchmal scheinen die Betroffenen dann vollständig vergessen zu haben, dass es auch eine allgemeine Wirklichkeit gibt, in der sie einmal gelebt haben. Außerhalb akuter Phasen ist die private Wirklichkeit dagegen oft ganz verschwunden und die Klienten leben in derselben Wirklichkeit wie alle anderen auch.“ S.47

„Unter dem Begriff Psychose versteht man eine ganze Gruppe von Erkrankungen, die sehr umfassend das Denken und Fühlen, die Wahrnehmung, den Antrieb und Willen sowie das Erleben einer Person beeinflussen und verändern. Die Erkrankung verläuft meistens in Phasen, es gibt akute Phasen und weitgehend symptomfreie Zeiten, die in der Regel deutlich überwiegen. Die meisten Patienten erleben immer wieder akute Phasen und Rückfälle. […] In der akuten Psychose sind die Betroffenen oft nur schwer zugänglich, sie leben in ihrer eigenen Welt, die für Betreuer und Bezugspersonen kaum verständlich ist. Die Patienten leiden dann meist sehr, sind sich aber in der Regel ihrer Erkrankung nicht bewusst. […] Bei einer Psychose ist es wichtig, bereits frühe Warnzeichen aufmerksam wahrzunehmen und professionelle Hilfe zu suchen. Werden sie übersehen, wird es immer schwieriger noch einen Zugang zum Betroffenen in der akuten Psychose zu finden und ihn zur Behandlung zu motivieren. […]“ S.50, 51

„Die Betroffenen haben oft Konzentrationsprobleme. Ein Gedankenfluss reißt plötzlich ab, der Faden kann nicht wieder aufgenommen werden. Die Sprache verändert sich, Wortneuschöpfungen (Neoglismen) treten auf. Menschen in

einer Psychose haften plötzlich sehr am Konkreten, verstehen beispielsweise die Bedeutung von Sprichwörtern nicht mehr. Auch ironische Hinweise verstehen sie nicht mehr, sondern nehmen sie wörtlich. […] Die Betroffenen könne meist nicht genau angeben, wovor sie Angst haben oder was sie beunruhigt, sie werden von diffusen Ängsten gequält, der Körper ist in Aufruhr und innerer Alarmbereitschaft.“ S.52

In der akuten Psychose scheint die Abgrenzung zwischen der eigenen Person und der Außenwelt extrem dünn geworden zu sein oder sich ganz aufgelöst zu haben. Das Gespür für sich selbst und die eigenen Grenzen geht vorrübergehend verloren. […] In der akuten Psychose haben sie das Gefühl, andere hätten unbegrenzt Zugriff auf sie, könnten ihre Gedanken lesen und beeinflussen, ihr Verhalten steuern; sie erleben sich mitunter wie eine Marionette oder ein Roboter. […] In der akuten Psychose erleben die Patienten sich sehr ungeschützt und von außen beeinflussbar. Dies erhöht zusätzlich ihre Skepsis und das Misstrauen anderen gegenüber. […] Menschen mit einer Psychose [müssen] immer wieder ihre Wahrnehmungen überprüfen und an der Realität messen. […] Mitunter entwickeln Betroffene sogar Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihren Symptomen, die es ihnen ermöglichen, sich völlig unauffällig zu verhalten.“ S. 54, 55, 56

„Medikamente gegen Psychosen heißen Antipsychotika, gebräuchlich ist auch die Bezeichnung Neuroleptika. […] Bei Psychosen ist die Behandlung mit Antipsychotika allen Therapieformen überlegen (BÄUML 2008). […] Die Medikamente bilden einen Schutz gegen das Überangebot an Dopamin. […] Es kann bis zu einem halben Jahr dauern, bis der Einfluss der Antispychotika vollständig abgeklungen ist (BÄUML 2008). […] das gesamte Nervensystem hat sich auf die schützende Wirkung der Medikamente eingestellt und ist dann ohne diesen Schutz schon mit einem normalen Dopaminangebot überfordert, an das es sich erst langsam wieder gewöhnen müsste.“ S. 65

„Betroffene, die schon länger unter einer Psychose leiden, werden mitunter immer passiver. […] Auch sehr erfahrene Therapeuten und Fachkräfte sind sich nicht immer darüber im Klaren, ob ein Patient nicht kann oder nicht will (mad-or-bad-Konflikt, BÄUML 2008) […] Keinesfalls sollten professionelle Helfer stellvertretend für die Betroffenen handeln oder sie >>schieben<<. […] Es ist

wichtig, Menschen die an einer Psychose Erkrankt sind, vor zu viel Stimulation und Überforderung zu schützen. […] Fachkräfte sollten mit ihren Klienten erarbeiten, dass Lebensqualität auch darin besteht, sich Anforderungen zu stellen und diese zu bewältigen und dass das Gehirn für seine Entwicklungsfähigkeit Anregungen und Herausforderungen braucht. […] Eine zentrale Aufgabe von Fachkräften ist es, im Kontakt mit dem Betroffenen Hoffnung zu bewahren. […] Patienten brauchen in einer Zeit, in der sie an sich selbst zweifeln, das Gefühl, dass zumindest die anderen den Glauben an sie und ihre Fähigkeiten nicht verloren haben.“ S. 72, 73

Symptomgruppen für Psychosen | ICD International Classification of Diseases

1. „Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung;
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwarnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen
4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie beispielsweise die Ideen, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein oder übermenschliche Kräfte oder Fähigkeiten zu besitzen.
5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend;
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neoglismen führt;
7. Symptome der Motorik wie motorische Unruhe, dem Verharren in ungewöhnlichen Positionen oder dem Wiederholen von bizarren

Bewegungen, eine wächserne Biegsamkeit der Gliedmaßen, eine Verweigerung, sich zu bewegen bis hin zu völliger Bewegungslosigkeit (Stupor) Stummheit:

8. >>negative<< Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit (nicht durch Depression oder Neuroleptika verursacht);
9. Eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.“ S. 58

Dopamin im Übermaß

„Die Gedanken rasen nur noch, zwischen allen möglichen Dingen werden Zusammenhänge hergestellt, alles erscheint gleichermaßen wichtig und bedeutungsvoll. Man wird vollkommen von Reizen überflutet, kann nicht mehr abschalten oder sich auf eine einzelne Angelegenheit konzentrieren. Genau dies scheint bei einer akuten Psychose der Fall zu sein. […] Durch den Überschuss an Dopamin ist das Gehirn in der akuten Psychose gewissermaßen überreizt. Es kann seiner normalen Filterfunktion nicht mehr nachkommen. Normalerweise werden neue Informationen zunächst gefiltert, das Gehirn überprüft, ob sie wichtig sind oder nicht. Die meisten Informationen werden ausgefiltert und gar nicht bewusst wahrgenommen. […] In einer akuten Psychose erscheinen nun aber alle Informationen plötzlich als wichtig und bedeutsam, denn das Dopamin >>markiert<< sie gewissermaßen. So kann der Filter nicht mehr funktionieren, fast nichts wird mehr aussortiert und das Gehirn kann dann beispielsweise oft nicht mehr unterscheiden, welche Informationen von außen kommen und welche Meldungen aus dem eigenen Körper stammen.“ S. 61, 62

Schizophrenie

„dass seine Seele gespalten ist. Oft befürchtet man dann, dass er zwei Persönlichkeiten hat oder zwei Gesichter, so wie Dr. Jekyll und Mr. Hyde. Tatsächlich ist es eher so, dass die Betroffenen […] in zwei Wirklichkeiten leben (BÄUML 2008): in jener Wirklichkeit, die mit dem normalen Verständnis und

Empfinden der Durchschnittsbevölkerung weitgehend übereinstimmt und gleichzeitig in einer privaten Wirklichkeit, in der die Betroffenen Dinge erfahren und erleben, die andere nicht nachvollziehen können.“ S. 47

Schizophren zu sein oder an einer Psychose zu leiden meint also das Vorhandensein zweier nebeneinander stehender Wahrnehmungswelten. Die eine Wahrnehmungswelt stimmt mit der Wahrnehmung der meisten anderen Menschen im selben sozialen Umfeld überein. Die andere Welt scheint auf den ersten Blick sehr privat und oftmals seltsam, falsch und beängstigend zu sein. […] Jeder kennt das Gefühl, anderen nicht trauen zu können. Das Gefühl, dass andere nicht ehrlich sind, nicht die Wahrheit sagen und man nach versteckten Andeutungen oder Anzeichen von Verschwörung suchen muss. […] „ S. 48

„Es gibt nicht die eine Schizophrenie, sondern unterschiedliche Erscheinungs- und Verlaufsformen, deshalb spricht man auch von der Gruppe der Schizophrenien oder von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Völlig verschiedene Krankheitsursachen können letztlich zu ähnlicher Symptomatik führen, wobei der Verlauf sehr unterschiedlich sein kann. […] Betroffene als auch Fachkräfte verwenden häufiger den Begriff >>Psychose<<, weil er im Alltag als etwas weniger stigmatisierend empfunden wird als der Begriff >>Schizophrenie<<. […] die meisten Menschen erkranken aber im dritten Lebensjahrzehnt an einer Psychose.“ S. 59

Halluzinationen

„… sind Trugwahrnehmungen, also Sinneseindrücke, die ohne einen entsprechenden Außenreiz entstanden sind. Der Betroffene hört, sieht, riecht oder fühlt etwas, was mit seinem inneren Erleben in Übereinstimmung ist, von anderen aber nicht wahrgenommen wird (JENSEN u.a. 2010). Am häufigsten kommt es vor, dass die Betroffenen Stimmen hören, also akustische Halluzinationen haben. Manchmal handelt es sich eher um ein Stimmengewirr, das dem nur gelegentlich ein deutliches Wort, beispielsweise der eigene Name herauszuhören ist. Es gibt aber auch Stimmen, die mit den Betroffenen sprechen, sogenannte dialogische Stimmen. Es kommt vor, dass die Betroffenen den Stimmen antworten und sich mit ihnen unterhalten, für andere sieht das dann aus wie ein Selbstgespräch. Oftmals sehr quälend sind kommentierende Stimmen,

die jede Handlung, oft aber auch jeden Gedanken oder Impuls des Patienten kommentieren, manchmal neutral, oft aber auch hämisch und gehässig. Gefährlich sind die imperativen Stimmen, die den Betroffenen befehlen, Dinge zu tun, die sie eigentlich nicht möchten. Die Patienten wehren sich oft gegen die imperativen Stimmen, dies braucht aber viel Kraft und es besteht die Gefahr, vor Erschöpfung irgendwann aufzugeben. Besonders gefährlich sind Stimmen, die den Befehl erteilen, sich das Leben zu nehmen. Ebenfalls häufig, aber weniger bekannt sind Halluzinationen von Geruchswahrnehmungen und sogenannte Leibhalluzinationen. Hier haben die Betroffenen das Gefühl, mit ihrem Körper stimme etwas nicht, er sei entstellt oder verändert. Auch sehr starke Schmerzen ohne körperliche Ursache können Leibhalluzinationen sein. (www.stimmenhoeren.de) " S. 54

Depressionen

[…] zählen zu den affektiven Störungen. Dies bedeutet, dass in erster Linie das Gefühlsleben betroffen ist. […] Oft verbirgt sich die Krankheit hinter körperlichen Beschwerden, beispielsweise Schmerzen, Erschöpfung und Herz-Kreislauf-Problemen, was dazu verleitet, wegen dieser Störungen zum Arzt zu gehen. Hinzu kommt, dass es weniger stigmatisierend und in der Gesellschaft eher akzeptiert ist, wegen Schmerzen oder Burn-out in Behandlung zu sein als wegen einer Depression. […] Ein Misserfolgserlebnis kann der Auslöser sein für eine Kette von negativen Gedanken, Versagensgefühlen und einem Rückzugsverhalten, das noch mehr Zeit und Raum gibt für Grübeleien. […] die Seele entwickelt eine Art Totstellreflex – vergleichbar einem Fluchttier, da sich duckt bis die Gefahr vorbeirauscht. […] Wir entwickeln depressive Züge, um uns zu schützen, und brauchen dann Zeit, Ruhe, Geduld, Besinnung, Trost, Hilfe, Zuspruch." S. 81, 82

„Depressive Symptome können sehr vielfältig sein. Sehr häufig kommen körperliche und psychische Symptome gemeinsam vor. […] Viele negative Gedanken über die eigene Person kreisen im Kopf (>>Ich bin ein Versager<<, >>Ich werde nie etwas auf die Reihe bekommen<<). Depressive Menschen sehen die Zukunft extrem pessimistisch (>>Das wird sich nie ändern<<, >>Alles geht den Bach runter<<) […] Alltägliche Probleme werden zu riesigen,

unüberwindlichen Bergen und wahrscheinlichen Katastrophen. Das Denken ist verlangsamt, die Konzentration beeinträchtigt durch Grübeleien. Ideen der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit des eigenen Lebens gipfeln nicht selten in Suizidgedanken. Häufig empfinden Betroffene eine innere Unruhe, sind angespannt und reizbar. Sie fühlen sich erschöpft, müde und energielos. […] Bei manchen Menschen stehen die körperlichen Beschwerden bei einer Depression im Vordergrund. Dann kann es schwierig sein, die Depression als solche zu erkennen. […] Die Depression ist ein emotionaler Zustand, der sich in einer niedergeschlagenen Stimmung, Antriebsschwäche oder dem Verlust von Freude und Interesse äußert. […] In Zeiten wirtschaftlicher Krisen erkranken sogar noch mehr Menschen. […] Bei Frauen tritt die Depression etwa zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Männern. […] Als Begleiterkrankungen finden ich häufig Angstörungen, Substanzmissbrauch, sexuelle Funktionsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. […] Als chronisch bezeichnet man eine Depression, wenn die Symptome länger als zwei Jahre anhalten. […] Menschen mit einer chronischen Depression werden häufig als engstirnig oder rechthaberisch wahrgenommen. […] Wenn sie in Stress geraten, haben sie häufig nur wenig Kontrolle über ihre Gefühle. […] Depressive Phasen werden häufig durch belastende Lebensereignisse (z.B. Trennung, Verlust, Tod eines Angehörigen) oder durch Stress und Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Familie ausgelöst. […] Bei einer Reihe von depressiven Patienten wurden Veränderungen im Gehirn festgestellt. Der Bereich des Gehirns, der direkt hinter der Stirn liegt, ist auf der linken Seite weniger aktiv. Dies führt z einer Dominanz der rechten Hirnhälfte, wo negative Emotionen angesiedelt und damit überrepräsentiert sind. […] Ob die Veränderungen im Gehirn eine Folge der Depression oder ob sie Ursache für Depressionen sind, konnte bislang noch nicht geklärt werden. […] In vielen Untersuchungen zeigte sich, dass das Denken depressiver Menschen verzerrt ist. Menschen mit negativen Einstellungen bzw. Grundüberzeugungen neigen eher zu depressiven Symptomen, wenn sie negative Erfahrungen machen müssen. […] Viele Studien haben gezeigt, dass Menschen, die sozial isoliert sind oder denen soziale Unterstützung fehlt, eine höhere Vulnerabilität für Depressionen aufweisen. Depressive Menschen haben

kleinere und weniger unterstützende soziale Netzwerke, d.h. weniger Kontakte und weniger enge Freunde.“ S. 83, 84, 85, 86, 88, 89

„Die Welt besteht nicht aus Chancen und Möglichkeiten, sondern aus Sorgen, Katastrophen und Gefahren. Alles erscheint mühselig und jede Alltagsanforderung wird zu einem unüberwindlichen Berg. […] Häufig fällt es Menschen in einer Depression leichter sich auf konkrete Aufgaben zu konzentrieren oder über eine bestimmte Aktivität zu berichten, als über die allgemeine Befindlichkeit zu sprechen. […] Dabei sollten möglichst konkrete Ziele und Tätigkeiten vereinbart werden. […] Die allgemeine Frage >>Wie geht es Ihnen heute?<< kann dazu verführen, dass der Klient zum wiederholten Male alle Gründe aufzählt, warum es ihm heute so schlecht geht.“ S. 91, 92

Stellvertretende Hoffnung

„Viele Betroffene berichten nach einer schweren Krankheitsphase, dass ihnen geholfen hat, dass jemand an sie geglaubt hat, dass es Menschen in ihrer nächsten Nähe gab, die positive Erwartungen und Hoffnungen in sie gesetzt haben. Deshalb ist eine der wichtigsten therapeutischen Haltungen die der Hoffnung und der bewussten positiven Unterstellung, dass der Klient seinen eigenen Weg finden wird und dass es Auswege aus der Krise gibt. […] Das Nicht-Wollen-Können ist für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar, da für uns eine willensgesteuerte Lebensgestaltung so selbstverständlich ist. […] Deshalb benötigen Mitarbeitende viel Geduld und eine hohe Sensibilität dafür, was für Betroffene zum jeweiligen Zeitpunkt möglich ist und was nicht. Für welche Themen und Aktivitäten sind Betroffene ansprechbar und aktivierbar? […] Deshalb ist es besonders wichtig, Zugang zu den Zielen von Klienten zu finden und anschließend die Ziele in Verbindung mit möglichen Schwierigkeiten zu bringen. […] Die Kommunikation von Menschen mit Depressionen ist häufig geprägt von anhaltenden Klagen. […] Ganz oft hört man dieselben Klagen immer wieder. Die Betroffenen stecken fest in der eigenen Hilfslosigkeit. […] Für Fachkräfte kann hilfreich sein, sich daran zu erinnern, dass Klagen ein Ausdruck von Verzweiflung sein können. Es kann notwendig, entlastend und ein echtes Bedürfnis sein, über die Verzweiflung, die Sorgen und negativen Gefühle

zu reden. […] In der Arbeit mit depressiven Klienten kann es Phasen geben, in denen tatsächlich kaum eine Veränderung möglich ist.“ S.90, 91, 92, 93, 94

Bipolare Erkrankungen / Bipolare affektive Störung

„Bipolare Erkrankungen gehören zu den affektiven Störungen, das heißt sie betreffen die Stimmung. Wenn die Stimmung in höchsten Maße gehoben ist, wenn Menschen über längere Zeit hinweg extrem energiegeladen, tatkräftig und zuversichtlich sind, ohne dass es dafür einen angemessenen Grund gibt, dann spricht man von einer Manie. […] Die gehobene Stimmung geht nach einiger Zeit in eine depressive Phase mit ebenso ausgeprägter, scheinbar grundloser Niedergeschlagenheit über. […] Die Manie ist in milderer Form oder zu Beginn der Begeisterung und Euphorie, die wir vermutlich alle kennen, ganz ähnlich und hat viele positive Auswirkungen. Hätten wir nicht die Fähigkeit zur Manie, könnten wir uns nicht begeistern für eine Idee, Energie in eine Sache stecken, andere motivieren, mitreißen und wirklich etwas bewegen auf der Welt. […] Von einer affektiven Störung sprechen wir dann, wenn eben kein nachvollziehbarer Auslöser für die extreme Stimmung erkennbar ist, wenn wir nicht nachvollziehen können, warum der Betreffende tief traurig oder himmelhoch jauchzend reagiert. […] Wenn eine Manie beginnt, haben Betroffene oft den Eindruck, alles sei möglich. Ihnen steht scheinbar unbegrenzte Energie zur Verfügung, sie trauen sich alles zu und blicken extrem zuversichtlich in die Zukunft. Zweifel und Einwände anderer erscheinen ihnen kleinlich und unangebracht. Sie sind grenzenlos optimistisch und gehen davon aus, dass ihnen alles gelingen wird. Ihr Optimismus und ihre Begeisterung kann dabei durchaus ansteckend wirken, andere Menschen mitreißen. Die Betroffenen haben jede Menge Ideen, die sie dank ihres Tatendrangs alle zu realisieren versuchen. Ruhephasen erscheinen den Betroffenen langweilig. In der Manie vergeht die Zeit rasend schnell, der Tag scheint immer zu wenige Stunden zu haben. Bei All iihren Aktivitäten setzen sie allerdings keine Prioritäten, da ihnen alles gleich wichtig erscheint und sie sich alles gleichzeitig zutrauen. Tatsächlich verzetteln sie sich dann oft zwischen vielen begonnenen und unabgeschlossenen Projekten. […] Warnungen werden aus der manischen Stimmung heraus nicht ernst genommen. Auch gesundheitlich schädigen sich die Betroffenen oft

erheblich. […] Die Betroffenen erwecken zwar den Eindruck, über grenzenloses Selbstbewusstsein zu verfügen. Tatsächlich sind sie jedoch sehr empfindlich und leicht zu kränken. […] Manische Klienten spüren trotz Schlafmangels keine Müdigkeit und betrachten Schlaf daher als eine eher unwichtige Nebensache, als Zeitverschwendung, die zugunsten wichtigerer Aufgaben vernachlässigt werden kann. […] bei der Manie ist das verringerte Schlafbedürfnis ein Kernsymptom. […] Wenn sich manische und depressive Episoden abwechseln, spricht man von einer bipolaren Störung. […] Die abgeschwächten manischen Phasen bezeichnet man auch als Hypomanie. […] S. 102, 104, 105, 106

„Im Gehirn gibt es Strukturen, die für die Steuerung biologischer Rhythmen zuständig sind und unser Zeitleben beeinflussen, sogenannte innere Taktgeber. Es konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit bipolaren Erkrankungen häufig Veränderungen in genau diesen Hirnstrukturen aufweisen. Ihre innere Taktgeber scheinen nicht zuverlässig zu funktionieren, die Zeiger ihrer inneren Uhr fangen plötzlich an zu rasen oder bewegen sich in depressiven Phasen langsamer, der innere Rhythmus geht verloren.“ S. 110

„Menschen bewegen sich in der Manie in extremen Gefühlszuständen. Die Gefühle können schnell auf einen selbst überspringen und sich aufschaukeln. So ist die Begegnung mit einem manischen Klienten auch für die Fachkräfte immer eine sehr emotionale Angelegenheit.“ S. 115

Persönlichkeitsstörungen

„Nach außen zeigt man seine Persönlichkeit durch den persönlichen Stil. Dieser persönliche Stil kann unterschiedlich akzentuiert sein. Nur wenn er sehr stark akzentuiert und nicht mehr situationsangemessen veränderbar ist, sprechen wir von einer Persönlichkeitsstörung.“ S. 123

„Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch Schwierigkeiten in der Interaktion, im zwischenmenschlichen Bereich. […] Persönlichkeitsstörungen sind immer ein Problem der Interaktion und nie das alleinige Problem der Betroffenen. […] Persönlichkeitsstörungen waren einmal Überlebensstrategien. […] Im Vordergrund stehen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen also oft Verhaltensweisen, die immer in derselben Art und Weise wiederholt werden, ob es nun gerade sinnvoll ist oder nicht. […] Um zu verstehen, warum Menschen

mit Persönlichkeitsstörungen sich so verhalten, müssen wir nach SACHSE (2006) in ihrer Kindheit und Jugend suchen. Wir können davon ausgehen, dass in dieser Zeit **zentrale Beziehungsmotive** unbefriedigt geblieben sind. S. 127, 128

„[…], dass Menschen mit Persönlicheitsstörungen sich meistens nicht als krank erleben und nicht erkennen können, welchen eigenen Anteil sie am Zustandekommen all ihrer Schwierigkeiten haben. Entsprechend suchen sie die Ursache ihrer Probleme eher in ihrer Umgebung, bei anderen Menschen. Die Betroffenen suchen eher wegen kritischer Situationen in ihrem Leben therapeutische Hilfe oder wenn sich zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung eine weitere psychische Erkrankung eingestellt hat, beispielsweise eine Depression. […] Lange Zeit galten Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als nicht therapierbar. Ihnen wurde unterstellt, nicht motiviert zu sein, da sie keine Einsicht in ihre Problematik hätten. Sie galten als wiederständige, uneinsichtige Klienten, die häufig Therapien abbrachen.   S.146, 147

„Die Motive des Klienten zu verstehen, heißt nicht, seine Methoden und Strategien gutzuheißen. Sie können durchaus kritisch mit den Klienten diskutiert werden. Wichtig ist aber ein verstehender Zugang auf der Ebene der Motive, der meistens gelingt, da die Klienten keine anderen Motive verfolgen als andere Menschen auch. Ziel ist es, dem Klienten die Motive zu belassen, aber gemeinsam mit ihm zu überlegen, wie er sie auf einem anderen, sozial verträglicheren Weg befriedigen kann. Fachkräfte schaffen es auf diese Weise, Verhaltensweisen von Klienten nicht so persönlich zu nehmen. […] Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind daran gewöhnt, ihr Verhalten anderen gegenüber rechtfertigen zu müssen und sind in solchen Diskussionen meist überlegen. […]   S. 149, 150, 151

„Menschen mit Persönlichkeitsstörungen reagieren selbstverständlich ängstlich, misstrauisch und zunächst abwehrend auf alle Versuche, ihre Persönlichkeit zu verändern.“ S. 155

„Menschen mit Persönlichkeitstörungen haben gelernt, dass sie ihre Ziele durch offenes Verhalten nicht erreichen und setzen verdeckte Strategien ein. Das heißt auch, dass sie Ihre Gesprächspartner im Unklaren darüber lassen darüber, worum es ihnen eigentlich geht.“ S.159

Unbefriedigte zentrale Beziehungsmotive als Ursachen einer Persönlichkeitsstörung

„Anerkennung […] Wichtigkeit […] Solidarität […] Autonomie […] Verlässlichkeit […] Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen […]

Es ist wichtig für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung, dass alle diese Motive befriedigt werden. Wenn eines über längere Zeit unbefriedigt bleibt, können wir uns nicht damit trösten, dass die anderen Motive ja befriedigt werden. Im Gegenteil: Das unbefriedigte Motiv hat dann höchste Priorität für uns, wir setzen alles daran, es zu befriedigen. Wir können nicht einfach darauf verzichten. Das kann die Grundlage für die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung sein. […] Und da die Betroffenen das nicht einfach so hinnehmen konnten, haben sie angefangen, Strategien zu entwickeln, um doch noch zu bekommen, was sie brauchen. Dadurch kann ein Teufelskreis entstehen, der letztlich zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen kann. […] Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben in der Regel kein gesundes Maß an Befriedigung zwischenmenschlicher Bedürfnisse erfahren.“ S. 128, S. 129

„Wie die weitere Entwicklung ist, hängt stark davon ab, wie das Leben der Betroffenen verläuft. [...] Um zu verstehen, was die Persönlichkeitsstörung von der gesunden Persönlichkeit unterscheidet, müssen wir uns daher allgemein mit Persönlichkeit beschäftigen. […] Charakteristisch für eine Persönlichkeitsstörung wäre aber eine […] Unfähigkeit, in die andere Richtung zu wechseln, wenn es angebracht wäre.“ S. 130, S. 131, S. 132

Arten von Persönlichkeitsstörungen

„***Dissoziale Persönlichkeitsstörung*** […]

Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung haben kaum Angst, suchen das Risiko und können sich nicht in andere hineinversetzen. […]

Histrionische Persönlichkeitsstörung […]

Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung möchten am liebsten immer im Mittelpunkt stehen. […]

Dependente Persönlicheitsstörung […]

Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung versuchen sich unentbehrlich zu machen, damit sie nicht verlassen werden können. […]

Narzisstische Persönlichkeitsstörung […]

Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung versuchen, ihr negatives Selbstkonzept zu verbergen, indem sie die eigene Großartigkeit betonen. […]

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung […]

„Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung richten ihr Leben nach rigiden Gesetzmäßigkeiten aus, denen sie ausnahmslos folgen. […]

Paranoide und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung […]

„Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind ihrer Umwelt gegenüber extrem misstrauisch und ständig bereit sich zu wehren. […]

Schizoide Persönlichkeitsstörung […]

„Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung legen nur wenig Wert auf Kontakt zu anderen Menschen. […]

S. 134 – 145

Borderline-Persönlichkeitsstörung

„Menschen mit Borderline erleben Gefühle so intensiv, dass sie als diffuse, unerträgliche Spannung wahrgenommen werden.“ S.163

„[…] auf der Grenze gehen zwischen Normalität und Krankheit, zwischen Nähe und Distanz, zwischen himmelhochjauchzent und zu Tode betrübt. Viele Borderliner haben Grenzverletzungen erlebt, sie können schwer Grenzen setzen. […] Die Störung wirkt sich auf die Gefühle und das Verhalten der Betroffenen aus. Sie verändert ihre Identität. Es handelt sich um eine sehr komplexe Störung mit vielen unterschiedlichen Erscheinungsbildern. […] Borderline-Betroffene erleben schnelle Stimmungswechsel. Zusätzlich sind sie sehr empfänglich für die Stimmungen ihrer Mitmenschen. Häufig können sie diese aber nicht einordnen, sondern reagieren nur sehr stark darauf. Ein freundliches Wort, eine nette Geste ist wie Balsam auf ihre Seele. Ein unfreundlicher Blick oder leise Kritik kann wie eine schwere Verletzung erlebt werden. […] Betroffene haben oft eine große Wut in sich, die sie nicht kontrollieren können. Ihre Wut kann sich gegen Menschen, Gegenstände oder die eigene Person richten. […] Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bemühen sich verzweifelt, ein Alleinsein zu vermeiden, Einsamkeit erscheint ihnen existenziell bedrohlich. Das Gefühl hängt dabei eng zusammen mit dem Gefühl der Leere. Viele Borderliner haben

haben in ihrer Kindheit beängstigende Situationen der Verlassenheit und des Ausgeliefertsein erlebt, in denen niemand für sie da war. Da viele Borderliner aber schwierige zwischenmenschliche Beziehungen führen, sind sie auch im Erwachsenenalter häufig allein. Und bei jeder Trennung werden wieder alte Gefühle des Verlassenwerdens wachgerufen S.164, 165, 166

„Borderliner leben freundschaftliche Beziehungen zeitweise so intensiv wie eine Liebesbeziehung, aber bevor es zum Konflikt kommt, brechen sie lieber selbst die Beziehung ab. […] Viele Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden darunter, kein eigenes Identitätsgefühl zu haben. Sie sind sich selbst irgendwie fremd und orientieren sich sehr stark an den Erwartungen der Umgebung. Für Freunde sind sie bereit, beinahe alles zu tun, ohne Rücksicht auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse. […] Viele Betroffene wissen gar nicht genau, was sie selbst eigentlich wollen. Sie müssen angeleitet werden, dies herauszufinden. S. 169, 170

„So ist es hilfreich zu wissen, dass viele Borderliner aufgrund negativer Erfahrungen mit den anderen Menschen sehr misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt sind. Es ist für Sie zu einer Überlebensstrategie geworden, zu misstrauen und Personen immer wieder zu testen. Bewusste Strategien sind das eher nicht. […] Trotzdem sind viele Betroffene über weite Strecken auf sich allein gestellt. Das heißt, sie müssen lernen, sich selbst zu helfen. Sie müssen Fähigkeiten und Kräfte entwickeln, um der Dynamik der Borderline-Störung nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Die Einflussmöglichkeiten sind sehr vielfältig. […] Die Betroffenen können lernen, sich in alltäglichen Situationen selbst besser zu steuern. Dabei geht es vorrangig um den Aufbau von guten Gewohnheiten, […] S. 176, 177, 178

„Klienten mit einer Borderline-Störung erscheinen auf den ersten Blick kompetent. Sie vermitteln, dass sie ihren Alltag im Griff haben. Erst wenn sie jemanden näher kennenlernen und Vertrauen fassen können, gewähren Borderliner Einblicke in all das, was nicht funktioniert. Dann wird deutlich, dass viele Kompetenzlücken bestehen und dass einige Lebensbereiche fast gänzlich brachliegen oder überhaupt nicht angepackt werden. […] Einigen Klienten bereitet der Umgang mit Geld große Schwierigkeiten. Mansche schaffen es

gerade noch, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen, für alles andere fehlt ihnen die Kraft.“ S. 180, 181

„Viele Betroffene versuchen, jede Krise allein zu meistern, und scheitern daran. Es kommt zu Eskalationen. Wenn Krisen nicht mehr allein bewältigt werden können, ist es wichtig, dass Betroffene lernen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und dass sie wissen, wo und wie sie Unterstützung finden. […] Auch Medikamente können Krisenmittel sein. Allerdings gibt es keine speziellen für Borderline entwickelten und von der Krankenkasse zugelassenen Medikamente. Für einige wenige Medikamente wurde eine gewisse Wirksamkeit nachgewiesen: Olanzapin (Zyprexa ®) zur emotionalen Beruhigung, Valproinsäure (Valproat ®) zur Dämpfung von Agressivität und Impulsivität. Bei schweren Selbstverletzungen und Dissoziationen kann Naltrexon (Nemexin ®) zum Einsatz kommen. […] Häufig werden zur Beruhigung, Angstlinderung oder Schlafmedikation Benzodiazepine (z.B. Tavor ®) verordnet. […] Die zur Zeit langfristig wirkungsvollste Behandlung der Borderline-Störung ist die Psychotherapie.“S. 182, 183

„Wir haben gesehen, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig von Ihren Gefühlen überrollt werden, dass sie diese Gefühle oft nicht benennen oder in Zusammenhang mit dem Geschehen um sie herum bringen können. Wenn Betroffene versuchen, Situationen und Gefühle niederzuschreiben, ein Tagebuch oder Gefühlsprotokolle führen, kann es ihnen helfen, das eigene Verhalten nachzuvollziehen. […] Durch das Aufschreiben lassen sich Erinnerungslücken füllen und manche verpasste Gelegenheit für eine alternative Bewältigung kann offensichtlich werden. S.183, 184

Angststörungen

„Die meisten Angststörungen neigen dazu, chronisch zu werden, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden. Sie treten sehr häufig in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf, vor allem mit anderen Angststörungen und depressiven Störungen. Man unterscheidet drei verschiedene Angststörungen: Phobie, Panikstörung und generalisierte Angststörung. […] Ohne Fähigkeit zur Angst wären wir nicht in der Lage, uns vor Gefahr zu schützen. Die Menschheit

wäre ausgestorben. Und auch die individuelle Angst ist nicht unbedingt als Störung zu betrachten, sondern zunächst eine notwendige Überlebensstrategie.“ S. 188, 189

„Angst bereitet unseren Körper vor, zu reagieren. Es läuft in unserem Körper die Stressreaktion ab. Angst macht uns wach, hält uns an, vorsichtig zu sein oder uns ganz aus der Situation zurückzuziehen. Je stärker das Gefühl ist, desto stärker entsteht der Impuls zu handeln.“ S. 190

„Ängste entstehen hauptsächlich, wenn Situationen uns bedrohlich erscheinen und wir unsere Fähigkeit, die Situation zu bewältigen als gering einschätzen […] Wir lernen Ängste von unseren engsten Bezugspersonen. Wenn unsere Eltern sich schnell bedroht fühlen, sehr ängstlich sind und uns vermitteln, dass diese Welt ein gefahrenvoller Ort ist, dann übernehmen wir sehr wahrscheinlich diese Bewertungen.“ S. 192

„Wann beginnt Angst zur Störung oder zur Krankheit zu werden ? Ab wann sollte jemand Hilfe und Unterstützung suchen?

- Wenn Ängste unangemessen und stärker als notwendig auftreten;
- Wenn Ängste zu häufig auftreten oder zu lange andauern;
- Wenn Ängste mit dem Gefühl des Kontrollverlustes über ihr Auftreten und ihr Andauern verbunden sind;
- Wenn Ängste dazu führen, dass man bestimmten Situationen, ohne dass eine reale Bedrohung vorliegt, aus dem Weg geht, sie vermeidet; man spricht hier von der Angst vor der Angst;
- Wenn Ängste mit einem starken Leidensdruck einhergehen“ S. 193, 194

„Wenn wir Angst erleben, ist in unserem Körper das Stress- und Angstsystem aktiviert. Der ganze Organismus wird in Alarmbereitschaft versetzt. Über die Sinnesorgane gelangen Informationen in unser Gehirn. Diese Informationen werden über einen Bereich im Gehirn, den Thalamus auf zwei unterschiedlichen Wegen weitergeleitet. […] S.199

„Sehr häufig entstehen Angststörungen durch lang anhaltende Belastungs- und Überforderungssituationen. Die Betroffenen funktionieren auf einem hohen Stressniveau. Mit der Zeit entsteht das Gefühl von Hilflosigkeit. Die Betroffenen entwickeln Sorgen und Ängste, die Anforderungen nicht mehr bewältigen zu können und den eigenen Leistungsansprüchen nicht gerecht zu werden. Es

besteht die Gefahr, dass das Angstsystem über längere Zeiträume aktiviert bleibt. […] Auch ein angstverstärkender Erziehungsstil […] kann die Entwicklung hin zu Angststörungen fördern.“ S. 199

„Klienten sollten im Alltag möglichst viele Gelegenheiten nutzen, um angstbesetzte Situationen zu bewältigen. Dabei kann man Schritt für Schritt vorgehen […] Das Durchleben von angstbesetzten Situationen steigert das Selbstwertgefühl, das Selbstwirksamkeitserleben und reduziert das Angsterleben in der Situation und die Erwartungsangst. […] Wenn Menschen mit einer Angststörung lange mit ihrer Angst leben und nichts unternehmen, verfestigt sich das Vermeidungsverhalten immer mehr. […] Zentral bei der Bewältigung von Ängsten ist, dass die Betroffenen sich der Angst und den gefürchteten Situationen aussetzen. In der Psychotherapiesprache nennt man dies Exposition.“ S. 202, 203

„Darüber hinaus können Sie Ihren Kliententinnen und Klienten die goldenen Regeln des Angstforschers WITTCHEN (1997) zur Angstbewältigung ans Herz legen“ S. 205

Zwangsstörungen

„Zwangshandlungen ähneln zunächst abergläubischen Ritualen und religiösen Riten; wie diese sollen sie Halt geben in einer zunehmen unübersichtlichen Welt. […] Wir alle tragen ein Bedürfnis nach Sicherheit, Velässlichkeit und Kontrolle in uns. Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse etablieren wir in unserem Alltag Gewohnheiten. […] S. 206

„Zwangshandlungen oder rituale sind äußere oder mentale Handlungen, die Betroffene immer wieder ausführen müssen. Mit den Handlungen sollen befürchtetes Leid abgewendet werden, Unwohlsein vermieden oder vermeintliche Gefahren beseitigt werden. […] Der Versuch, einer Zwangshandlung zu wiederstehen, wird meistens von starker Angst begleitet. […] Zwangshandlungen werden in der Regel mit der Zeit immer schlimmer, wenn sie nicht behandelt werden.“ S. 209

„Menschen mit Zwangsstörungen leiden unter verschiedenen Denkverzerrungen. Informationen werden in einem ungünstigen Stil aufgenommen und bewertet. Ungünstig bedeutet hier, dass die Aufnahme und

Bewertung zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwänge beitragen. […] S. 210

„Damit gehört die Zwangsstörung zu den vier häufigsten psychiatrischen Erkrankungen nach den Angststörungen, Depression und Abhängigkeitserkankungen.“ S. 211

„Durch bildgebende Verfahren konnten die Gehirne von Menschen mit Zwangsstörungen genau untersucht werden. Diese Untersuchungen ergaben noch keine eindeutigen Ursachen für Zwänge, aber Hinweise darauf, dass Menschen mit Zwangserkrankungen eine erhöhte Aktivität in bestimmten Hirnregionen zeigen. […] Auffallend ist, dass diese Veränderungen im Gehirn durch eine Verhaltenstherapie oder durch Medikamente wieder normalisiert werden können.“ S. 213

„Fachkräfte können sehr schnell von Klienten eingeladen werden, Entscheidungen für sie zu treffen, Verantwortung für Sie zu übernehmen und ihnen Rückversicherungen zu geben, dass sie gut gearbeitet haben, dass nichts Schlimmes passiert ist oder dass sie sich nicht schuldig fühlen müssen.“ S. 215

„Untätigkeit und unstrukturierte Zeit ist für Menschen mit Zwangsstörungen in der Regel schwierig. Sie verzetteln sich oder verbringen die Zeit mit Zweifeln, grübeln oder unnötigen Kontrollen.“ S. 216, 217

„Die wirksamste Therapie bei Zwangsstörungen überhaupt ist die Verhaltenstherapie. S.217

„Es empfiehlt sich eine Kombination aus Kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie. Insbesondere und medikamentöser Therapie. Insbesondere Menschen mit Zwangsstörungen und depressiven Symptomen profitieren von der kombinierten Behandlung.“ S.218

Traumasensibilität

„In unserem Gehirn gibt es einen Bereich, in dem erfreuliche und unangenehme Erlebnisse abgespeichert werden. Das ist das limbische System, sozusagen das Zentrum unserer emotionalen Intelligenz. […] Es ist zum Beispiel möglich, dass jemand Regen als Gefahrensignal abspeichert, weil er einen gefährlichen Autounfall bei Regen erlebt hat. S. 221

„Mittlerweile wissen wir aber, dass mehr als die Hälfte der psychisch kranken Menschen in ihrem Leben Gewalt und traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren und sind. […] Durch massive Stresserfahrungen in der Kindheit erhöht sich die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen, z.B. für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Angststörungen, Depression, Schizophrenie oder Suchtstörungen. Sehr häufig finden sich aufgrund der traumatischen Erfahrungen deutliche Veränderungen der Persönlichkeit bis hin zu Persönlichkeitsstörungen.“ S. 223

„Mit traumatischen Erfahrungen sind überwältigende Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden. Viele Menschen reagieren auf das Ereignis zunächst mit Herzrasen oder Schweißausbrüchen, traumatischen Erinnerungen und starken emotionalen Reaktionen, wie Angst, Wut oder Trauer. Im weiteren Verlauf können genau diese Reaktionen zu erheblichen Problemen für Betroffene führen. Sie werden zur psychischen Störung.“ S. 225

„Traumafolgesymptome führen häufig zu einem schweren Erkrankungsverlauf bei Psychosen, Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen. So haben traumatisierte Betroffene unabhängig von der jeweiligen psychiatrischen Diagnose vermehrt Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, der Beziehungsgestaltung oder mit ihrer Identität verglichen mit Personen mit gleicher psychiatrischer Diagnose ohne traumatische Erfahrungen (LYSAKER u.a. 2005). […] Traumatisierte Patienten gelten häufig als >>Systemsprenger<<, >>Drehtürpatienten<< oder einfach als >>unbehandelbar<<.“ S. 230

„Traumatische Erfahrungen sind geprägt von einem starken Maß an Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Betroffene fühlen sich in diesen Situationen machtlos und ausgeliefert. Daher ist Sicherheit für Betroffene am allerwichtigsten. […] Für die meisten Betroffenen ist es eine große Herausforderung, wieder Vertrauen zu fassen in andere Menschen und das Leben. Eine wichtige Basis dafür ist das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle“ S. 231

„An zweiter Stelle für einen traumasensiblen Umgang stehen Verständnis und Empathie für die vielfältigen Folgen einer Traumatisierung und die emotionalen Reaktionen von Betroffenen. Betroffene erfahren so, dass ihre Reaktionen

verständlich und in Ordnung sind. […] Durch Verständnis, Empathie und Informationen werden die Bewältigungsversuche der Betroffenen gewürdigt und erste Schritte zur Verarbeitung und zu günstigeren Bewältigungsstrategien angestoßen.“ S. 233

„Nach wie vor sind traumaspezifische Angebote sehr wenig verbreitet. Insbesondere Menschen mit schweren, komplexen Traumafolgestörungen bleiben diese Angebote oft verwehrt. Es ist weiterhin eine der größten Herausforderungen des Versorgungssystems, für traumatisierte Menschen früh angemessene traumasensible niederschwellige wie auch traumaspezifische Angebote anzubieten und diese gut zu vernetzen. Chronische psychische Störungen bei traumatisierten Menschen können dann besser verhindert werden.“ S.235

Dissoziation

„Man geht davon aus, dass Menschen in traumatischen Situationen psychisch massiv überfordert sind. […] Unsere Seele reagiert auf unerträgliche Situationen mit einem Mechanismus der Entfernung und Abspaltung von den realen Ereignissen. Man spricht von Dissoziation. Sie ist eine Art Selbstschutz, ein Überlebensmechanismus, wenn wir es nicht mehr aushalten können in traumatischen Situationen.“ S. 227

Umgang mit suizidalen Krisen

„Wie wir mit suizidalen Klienten umgehen, hängt stark von unseren eigenen Erfahrungen mit dem Thema ab bzw. wie wir in der Vergangenheit damit umgegangen sind.“ S. 236

„Nicht selten reagieren sonst sehr professionelle Fachkräfte auf suizidgefährdete Menschen mit Vermeidung, Ärger, Ungeduld oder Nichtbeachtung. Also mit dem Gegenteil dessen, was suizidgefährdete Menschen brauchen. Die Klienten spüren häufig, dass es unerwünscht ist, wenn sie über Suizidgedanken sprechen. So wird ihre Hilflosigkeit und Verzweiflung mitunter noch größer.“ S. 238

„Jedes Gespräch über Suizidalität ist ein Notfall-Gespräch. Suizidalität ist (meist) Krisenzeit im Leben bzw. Ausdruck einer Krisenhaften Zuspitzung psychischer Krankheit. […] Erfragen Sie Suizidgedanken offen und direkt.

Nehmen Sie die Gedanken ernst, ohne Beschönigung, ohne Verharmlosung, aber auch ohne Dramatisierung. Suizidgedanken sind Ausdruck seelischer Not.“ S. 245

„Das Gespräch mit suizidgefährdeten Menschen sollte sehr aufmerksam, respektvoll und offen geführt werden. „ S.251

„In der Alltagsbegleitung von psychisch kranken Menschen kann es schnell passieren, dass wir gut gemeint und unabsichtlich bestimmte Symptome verstärken und uns in deren Probleme stricken. […] Wir fühlen uns dann hilflos und unzufrieden, weil wir merken, dass unser Verhalten zwar gut gemeint, aber nicht sonderlich hilfreich für die Betroffenen ist. Wenn diese Phasen länger andauern, wird aus dieser diffusen Unzufriedenheit mitunter Ärger auf die Betroffenen. Dies kann dann zu einer weiteren Aufschaukelung von Symptomen oder dem Abbruch der Beziehung bzw. der Maßnahme führen. “S. 255

„Gleichzeitig ist es ungemein wichtig, nicht nur die kranken Seiten von betroffenen Menschen zu sehen. Es ist sehr einseitig, wenn wir nur noch durch die pathologische Brille schauen, immer nur sehen, was nicht funktioniert, und lediglich Diagnosen, Störungen und Krankheitsbilder im Kopf haben. Deshalb sollte diese Sicht auf die psychische Erkrankung immer ergänzt werden durch den Blick für die Stärken, für die Ressourcen, die Kraftquellen und gesunden Anteile. Ganz oft liegen die Chancen der Betroffenen nicht im Bereich der Störungen, sondern im Bereich der Ressourcen und Interessen.“ S.255

„Lernen Sie, mit beiden Augen zu sehen, sehen Sie das Sowohl-als-auch, nehmen Sie die kranken und gesunden Anteile in den Blick. Lassen Sie sich nicht in die pathologischen Teufelskreise verstricken und stärken Sie gleichzeitig die Ressourcen und Möglichkeiten. Dann können Genesungsprozesse wirksam begleitet werden.“ S. 256

Ende der Zusammenfassung